

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE ^{N°} 21 —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 29 octobre 1896 à 1 heure

Par **PIERRE GRANBOULAN**

Né à Perpignan le 10 février 1872.

DE LA RÉSECTION A FROID

DE L'APPENDICE ILÉO-CÆCAL

Difficultés et Accidents

Président : M. BERGER, professeur.

*Juges : MM. | NÉLATON, professeur.
| NETTER, SÉBILEAU, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, Rue Racine, 15

1896

21

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 29 octobre 1896 à 4 heures

Par **PIERRE GRANBOULAN**

Né à Perpignan le 10 février 1872.

DE LA RÉSECTION A FROID

DE L'APPENDICE ILÉO-CŒCAL

Difficultés et Accidents

Président : M. BERGER, professeur.

*Juges : MM. { NÉLATON, professeur.
NETTER, SEBILEAU, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

—
1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	N.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
Clinique médicale.	STRAUS.
	G. SEE.
	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. . .	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux. . . .	TILLAUX.
Clinique chirurgicale.	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires. . . .	GUYON.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchements.	TARNIER.
	PINARD.
Professeur honoraire	
M. PAJOT.	
Agrégés en exercice.	

MM.			
ACHARD	GAUCHER	MARIE	SEBILEAU
ALBARRAN	GILBERT	MÉNÉTRIÉR	THIERRY
ANDRE	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
BAR	TOURETTE	NETTER.	TUFFIER
BONNAIRE	GLEY	POIRIER, chef des	VARNIER
BROCA	HARTMANN	travaux anatomi-	WALTHER
CHANTEMESSE	HEIM	ques.	WEISS
CHARRIN	LEJARS	RETTERER	WIDAL
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD	WURTZ
DELBET	MARFAN	ROGER	

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les options émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

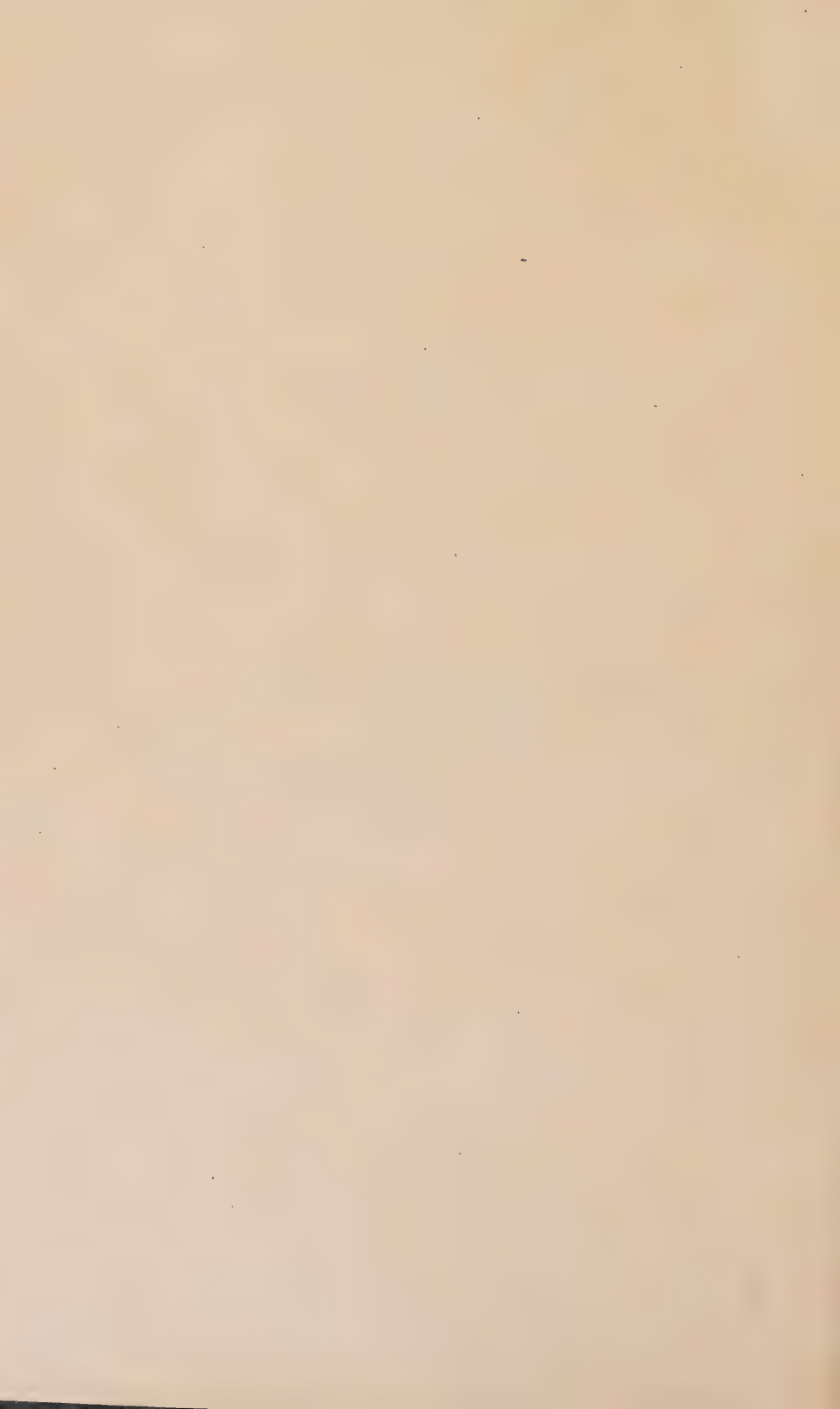
A MONSIEUR LE PROFESSEUR BERGER

Membre de l'Académie de Médecine

qui a bien voulu nous faire l'honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.

A MES PREMIERS MAITRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE
1889-1893

ET PLUS PARTICULIÈREMENT
A MM. LES DOCTEURS E. MAUREL, CH. MOREL
A. SUIS, TERSON



DE LA RÉSECTION A FROID

DE L'APPENDICE ILÉO-CŒCAL

DIFFICULTÉS ET ACCIDENTS

INTRODUCTION

Il semble difficile d'ajouter quelque chose de nouveau à tout ce qui a été écrit sur la résection à froid de l'appendice iléo-cœcal. Cette opération pratiquée pour la première fois par Symonds, puis par Barlow et Godlee, Coates (Société Clinique de Londres, 1886), Trèves (Société Médico-Chirurgicale de Londres, février 1887) a suscité en l'espace de dix ans un nombre considérable de travaux tant en Amérique qu'en Europe. Tout le monde semble d'accord aujourd'hui pour la considérer comme le traitement chirurgical de choix de l'appendice à répétition : on a bien mis en lumière ses avantages sur l'opération pratiquée en pleine crise, et Dennis paraît être seul d'un avis contraire, le manuel ou plutôt les ma-

nuels opératoires ont été l'objet de minutieuses descriptions, d'importantes statistiques ont montré sa bénignité, et la dernière en date (1) accuse une mortalité inférieure à 2 o/o, tous les autres cas, c'est-à-dire environ 98 o/o étant d'ailleurs rangés sous la rubrique : guérison. Senn (2) dès 1889 la déclarait une des plus sûres et des plus faciles de toutes les opérations intra-abdominales, Kummel (de Hambourg) (3) dit qu'elle n'est pas plus grave qu'une ovariectomie, Challiol (4) écrit même que, dans l'intervention à froid les tissus sont *normaux* et permettent de voir *nettement* les organes et leurs connexions.

Nombreux cependant sont les auteurs qui, moins enthousiastes, reconnaissent les difficultés de l'intervention. Pour Treves, cité par Talamon (5), cette opération est délicate, souvent complexe et fréquemment très difficile ; pour Berger (6), elle est d'une réussite toujours douteuse ; Quénu (7) reconnaît que les difficultés opéra-

1. Damaye, *Du traitement chirurgical de l'appendicite à répétition dans l'intervalle des crises*. Th. de Paris, 14 février 1895.

2. Senn. *De l'appendicite*. *Journal of the American Med. Assoc.* Novembre 1889.

3. Kummel. *De l'appendicite*. 67^e réunion des Médecins Allemands à Lubeck, septembre 1895.

4. Challiol. *De la résection à froid de l'appendice vermiculaire du cæcum dans les appendicites chroniques à répétition*. Thèse de Lyon, 7 décembre 1894.

5. Talamon. *Appendicite et Pérityphlite*, 1892.

6. Berger. Discussion, Soc. de chirurgie, 23 mars 1892.

7. Quénu. *Du traitement opératoire de l'appendicite à rechutes dans l'intervalle des crises*, Soc. de chirurgie, 1^{er} juin 1892.

toires sont réelles; Reclus (1) déclare que l'opération n'est pas toujours facile et que lorsque l'appendice est enfoui dans d'épaisses néo-membranes, sa résection est souvent une entreprise laborieuse et semée de nombreux écueils; Smith (2) insiste également sur les difficultés qu'il a rencontrées; Roux de Lausanne qui déclarait il y a peu de temps (3) que cinq ou six semaines après la guérison de la dernière crise, l'exsudat est dissipé au point qu'on peut faire l'opération à blanc en quinze minutes au plus, Roux, comparant l'opération à froid et l'opération en pleine poussée, écrivait en 1892 (4) que l'ouverture de la cavité abdominale libre est toujours plus solennelle et plus dangereuse que l'incision vulgaire d'un abcès enkysté presque toujours accolé à la paroi abdominale, qu'elle exige une certaine habitude à cause des surprises possibles (tuberculose, actinomycose) et qu'elle engage beaucoup plus la responsabilité du médecin.

Enfin nous avons entendu, un jour, un de nos plus jeunes maîtres, M. P. Sebileau, nous dire à l'hôpital Cochin, dans une causerie ayant trait à un malade qu'il avait opéré: « Je ne crois pas que la résection de l'appendice

1. Reclus. Discussion, Soc. de chirurgie, 17 février 1892 et 31 juillet 1895.

2. Smith (et Clarke). *Excision de l'appendice vermiciforme pour des attaques répétées d'inflammation. The Lancet*, 3 mai 1890.

3. Roux. *Remarques sur 95 nouvelles opérations d'appendice à froid*. Congrès français de chirurgie, 9^e session, Paris, octobre 1895.

4. Roux. *Traitement chirurgical de la pérityphlité suppurée. Revue médicale de la Suisse Romande*, 1892.

iléo-cœcal soit une opération grave ; je la tiens même pour bénigne. Mais il ne faut pas oublier qu'elle fait courir au malade non seulement les risques, très petits, il est vrai, d'une laparotomie banale, mais ceux encore d'une recherche quelquefois pénible de l'appendice, d'une dissection laborieuse de cet organe fixé par des adhérences, d'une rupture possible de ses parois, et enfin d'une infection locale que favorise le microbisme latent d'un processus mal éteint. Certes, tous ces dangers réunis ne me paraissent pas pouvoir faire le contre-poids de ceux qu'encourt, du fait d'une récurrence probable ou possible, tout malade ayant présenté déjà plusieurs attaques d'appendicite ; mais si l'on veut bien tenir compte d'une part, qu'un assez grand nombre de ces malades échappe au retour des accidents, et, d'autre part, que la résection de l'appendice iléo-cœcal à froid s'adresse à des individus en pleine bonne santé, on comprend jusqu'à quel point la responsabilité du médecin est engagée et même, — dans nombre de cas il s'agit d'enfants ou d'adolescents, — en quelque sorte doublée vis-à-vis des parents. »

Il ressort de tout ceci qu'à côté d'opérations simples et faciles, il en est de longues, de graves, de dangereuses même. Il est à regretter que les statistiques établies au sujet de l'appendicectomie à froid ne se soient occupées que des cas de mort et aient englobé tous les autres cas sans distinction sous l'étiquette guérison. Il aurait été, croyons-nous intéressant de savoir, même d'une façon approchée, combien de fois dans ces cas de guérison le chirurgien avait été aux prises avec les difficultés que nous signalerons plus loin, combien de fois il avait eu à parer à des acci-

dents. Il ne nous a malheureusement pas été possible d'établir cette proportion sur des bases assez larges pour pouvoir l'appliquer à la détermination du pronostic opératoire.

Aussi nous bornerons-nous à grouper en quelques pages les difficultés opératoires et les accidents de l'appendicectomie à froid. Notre but est de montrer que si dans la majorité des cas, c'est une opération d'une grande simplicité, il faut toujours compter avec des ennuis qu'il est malheureusement impossible de prévoir ; et comme la résection à froid n'est pas plus une opération de complaisance qu'elle n'est une opération d'urgence, elle engage fortement, comme l'a dit Roux, la *responsabilité du médecin*.

PLAN ET DIVISION DU SUJET

Nous passerons d'abord en revue les *difficultés opératoires* et nous verrons qu'elles ne relèvent guère que d'une seule cause : la recherche et la libération de l'appendice.

Nous nous occuperons ensuite des *accidents* que nous grouperons sous quatre chefs : les uns, en rapport avec les difficultés opératoires et dus aux mêmes causes, se produisent pendant l'opération : ce sont des hémorragies, des blessures de l'intestin ; les autres suivent de près l'intervention : ce sont des abcès, des suppurations, des phénomènes de péritonisme ou même de péritonite, en un mot des accidents septiques ; une troisième catégorie comprendra les accidents éloignés : éviscérations, hernies, dues au mode de suture ou à une laxité originelle des tissus, fistules relevant le plus souvent d'une cause générale, la tuberculose ; les cas de mort formeront le dernier groupe.

Dans un troisième chapitre nous verrons que malgré les difficultés que peut présenter la résection à froid de l'appendice, seuls les dangers que pourrait de ce chef

courir le malade constituent une contre-indication formelle à la recherche du processus et qu'une opération incomplète ne supprime pas les récidives. Nous aurons encore à insister sur un autre point du pronostic opératoire à propos des appendicites de nature tuberculeuse dans lesquelles, comme nous le verrons, l'appendicectomie à froid est insuffisante et inutile.

CHAPITRE PREMIER

La principale cause des difficultés observées au cours de l'appendicectomie à froid est la recherche de l'appendice, puis sa dissection et sa libération.

La recherche de cet organe peut elle être facilitée par la connaissance de sa situation et de ses rapports à l'état normal ?

Mais on sait que même à l'état normal rien n'est plus variable. Les différentes statistiques de Lafforgue (1), de Fergusson (2), de Hartley (3), de Biggs (4) montrent que l'appendice peut, autour du cœcum, occuper toutes les positions : peut-être la situation à la partie postérieure du cœcum est-elle un peu plus fréquente que les autres.

A propos d'un cas rapporté à la Société Anatomique (1892), Legueu a fait remarquer que chez 55 0/0 des *enfants* le cœcum est situé au devant du rein et non dans

1. Lafforgue, *in* Testut, *Anatomie Humaine*, III, 542.

2. Fergusson, *in* Talamon, *loc. cit.*, p. 35.

3. Hartley, *in* Talamon, p. 36.

4. Biggs, *in* Talamon, p. 36.

la fosse iliaque ; il n'y alors que peu ou pas de colon ascendant.

Tout récemment, M. Variot (1) a signalé aussi la migration du cœcum chez l'enfant : cette partie de l'intestin descend de la région moyenne de l'abdomen, au-dessous du foie, pour se diriger à droite vers la fosse iliaque ; la longueur et la direction de l'appendice vermiciforme sont très variables, la longueur est en moyenne 6 à 8 centimètres, la direction peut être modifiée par de petits replis péritonéaux.

Ainsi donc, s'il est bon de se rappeler que chez l'enfant, l'appendice peut être situé très haut, on voit que chez l'adulte on ne peut tirer aucune conclusion pratique des données de l'anatomie. D'ailleurs, fait capital, la situation primitive de l'appendice n'influe en rien sur le choix de la région où la péritonite localisée ira fixer cet organe (Roux) ; cette péritonite localisée qui succède à l'attaque d'appendicite non perforante, les adhérences qui se forment entre l'appendice et les anses intestinales ou qui unissent ces dernières entre elles ont pour conséquence de dévier l'appendice de sa situation première et de le fixer en d'autres régions. « Quand l'appendice est libre dans l'abdomen, dit Talamon (2), la poussée inflammatoire initiale peut le fixer et le faire adhérer en des points où on ne songerait guère à le rencontrer, au rectum, à la vessie, au vagin ; on l'a vu au fond du scro-

1. Variot, *Développement physiologique de l'intestin et des glandes annexes chez l'enfant. Journal de clinique et de thérapeutiques infantiles*, 27 août 1896.

2. Talamon, *loc. cit.*, p, 69.

tum dans un sac herniaire, contre la paroi antérieure du ventre au voisinage de l'ombilic.» M. Guyon, à l'autopsie d'une femme qu'on croyait atteinte d'un néoplasme vésical, a trouvé l'appendice situé entre l'utérus et la vessie.

Challiol, dans sa thèse sur la *Résection à froid de l'appendice*, cite le cas de Wyeth, qui, après des recherches prolongées, rencontra l'appendice plongé dans le bassin au-dessous de l'artère iliaque, adhérent à cette artère et au fascia iliaca.

M. Routier (1) a montré que les cas dans lesquels l'appendice a résisté ne s'est pas perforé et où une péritonite adhésive l'englobe—cas qui fournissent les sujets que l'on peut opérer à froid — présentent quelquefois de réelles difficultés à trouver l'appendice, soit parce qu'il est appliqué contre la paroi du pelvis, soit parce qu'il se confond avec le cœcum ou avec l'intestin grêle : « dans un de ces cas, dit ce chirurgien, je n'ai pu découvrir l'appendice qu'en explorant toute la circonférence du cœcum par pincement. J'avais amené au dehors le cœcum et la terminaison de l'intestin grêle ; il était impossible, sur quelque face qu'on les retournât, de voir l'appendice. C'est en pinçant successivement tout le pourtour de la paroi cœcale que je finis par le découvrir le long d'une des bandes musculaires longitudinales, comme une sorte de cordon gros, du reste, comme le doigt, que je pus disséquer à la pince et au bistouri ; cet appendice siégeait sur la face profonde du cœcum. »

1. Routier, *Discussion sur l'appendicite*, Soc. de chirurgie, 17 juillet 1895.

Sur un des malades de M. Schwartz, l'appendice fut recherché pendant une grande demi-heure et trouvé tout à coup au moment où l'on se disposait à refermer la plaie : il était accolé à la face postéro-interne du cœcum. Comme l'a dit Reclus, les longues recherches dans l'abdomen ne sont pas innocentes : c'est peut-être là l'origine des phénomènes de péritonisme que ce malade présenta dans les jours qui suivirent l'opération.

La libération du processus vermiforme peut être aussi l'occasion de difficultés nouvelles.

Sur quatre cas d'appendicites à rechutes opérés à froid, trois fois M. Reclus n'a trouvé le processus qu'après de longues recherches et a dû le sculpter dans une gangue épaisse de néo-membranes (1).

Challiol fait mention d'un cas rapporté par Elliot où l'appendice dut être enlevé par dilacération.

On voit toute la prudence qu'il est nécessaire de mettre dans le dégagement des adhérences : on risque d'ouvrir l'appendice, surtout s'il est rempli de pus, on risque d'intéresser les organes voisins, uretère, vessie, intestin ; nous reviendrons du reste sur ces accidents dans le chapitre suivant. Il n'est pas non plus impossible de confondre l'appendice vermiforme avec l'uretère dilaté (Treves).

Il est enfin des cas où les recherches sont poursuivies en pure perte : l'appendice est introuvable. D'autres fois, l'appendice est vu, ou deviné, senti, mais il est impossible de le réséquer, protégé qu'il est par de nombreuses et

1. Reclus. *Discussion sur l'appendicite*, Soc. de chirurgie, 31 juillet 1895.

solides adhérences. De toute façon on est obligé de laisser là le corps du délit.

M. Reclus (1) a cité le cas d'un chirurgien qu'il assistait et qui n'a pu réussir à dégager et même à voir le processus : il s'agissait d'un de ces cas où les anses intestinales sont unies par des adhérences difficiles à séparer et où l'appendice, perdu dans les néo-membranes, s'isole avec peine du cœcum ; l'intervention n'est pas alors toujours facile.

Clarke et Smith (2) rapportent une observation où des adhérences trop nombreuses rendirent la résection impossible.

Revillod (3) cite un cas où Julliard dut renoncer à l'ablation de l'appendice, l'exploration de la région lui ayant montré tous les dangers de l'extirpation. Une récurrence eut lieu quelque temps après.

Delorme (4) reconnaît à l'autopsie que ce qu'il avait pris et lié pour l'appendice était une nodosité fibreuse constituée à son centre par des vaisseaux coliques volumineux ; quant à l'appendice, il était situé en arrière, entre l'intestin grêle et le cœcum, protégé par de nombreuses adhérences et ressemblait plutôt à un ganglion caséux très hypertrophié ou à un abcès encapsulé.

1. Reclus. *Discussion*. Soc. de Chirurgie, 17 février 1892.

2. Clarke et Smith. *Excision de l'appendice pour des attaques répétées d'inflammation*. *The Lancet*, 3 mai 1890.

3. Revillod. *Traitement de la pérityphlite*. *Revue Méd. de la Suisse Romande*, 1892.

4. Delorme. *Insuccès de la laparotomie dans le traitement de l'appendicite*. Soc. de Chirurgie, 22 novembre 1893.

Dans un cas de M. Quénu (1) la laparotomie conduisit sur une masse formée par le grand épiploon : au-dessous se trouvait le cœcum perdu dans un magma d'adhérences au milieu duquel il fut impossible de retrouver l'appendice.

Dans un autre cas du même auteur (2), les adhérences ne permirent pas de séparer l'intestin de la fosse iliaque : c'est dans cette gangue que se trouvait vraisemblablement enfoui l'appendice ; il fut donc impossible de le réséquer, les choses furent laissées en l'état et le ventre refermé.

Comme nous le disions au début, la recherche de l'appendice est la cause des difficultés que nous venons de voir, comme elle est la cause des accidents qui se produisent pendant l'opération. Dans ces conditions, l'appendicectomie peut-elle être remplacée par une opération moins complète, sans résection de l'appendice, comme dans les deux cas de M. Quénu que nous venons de citer et où les malades ont guéri ? En d'autres termes, la guérison de l'appendicite à rechutes est-elle subordonnée à l'ablation de l'appendice ? C'est ce que nous examinerons ultérieurement.

1. Quénu: *Appendicite à répétition, intervention dans l'intervalles des crises ; libération du cœcum sans résection de l'appendice, guérison*. Soc. de Chirurgie, 22 novembre 1893.

2. Quénu, *ibid* Soc. Chir., 6 décembre 1893.

CHAPITRE II

Nous grouperons sous quatre chefs les *accidents* de l'appendicectomie à froid : 1° les accidents qui surviennent durant l'opération ; 2° ceux qui suivent de près ; 3° les accidents tardifs ; 4° les cas de mort.

§ 1

Les accidents qui se produisent pendant l'opération sont occasionnés à la recherche ou la libération de l'appendice. Comme le dit Talamon (1), dans beaucoup de cas l'épaississement des tissus, la rigidité des adhérences péritonéales sont portés à un tel point que la confusion devient à peu près inextricable et qu'on risque à tout instant d'intéresser l'intestin, l'uretère ou quelque vaisseau important. Ces accidents peuvent donc être quelquefois fort graves ou tout au moins compliquer sérieuse-

1. Talamon, *loc. cit.*, p. 237.

ment l'opération. Nous avons déjà signalé l'observation de M. Delorme où l'appendice ne put être découvert : c'est au cours de ces recherches que se produisit une abondante *hémorrhagie* lors de la séparation de ce que l'on croyait être l'appendice : cette hémorrhagie était occasionnée par la rupture des branches iléo-cœcales.

Il n'est pas toujours facile de séparer l'appendice de l'intestin auquel il est si souvent attaché par des adhérences serrées ; plusieurs chirurgiens sont d'avis qu'il vaut mieux ne pas insister de peur de *blessar l'intestin*. Le fait rapporté par M. Gérard-Marchant (1) semble leur donner raison : en libérant l'appendice, ce chirurgien déchira le cœcum et dut faire une suture de trois centimètres pour réparer la solution de continuité.

La déchirure de l'appendice et l'évasion de son contenu purulent peuvent être l'origine d'accidents plus ou moins graves : nous en rapportons plus loin une observation.

§ 2.

Les accidents consécutifs immédiats pourraient être en grande partie classés sous l'étiquette : accidents septiques. C'est en effet dans une inoculation septique au cours de

1. Gérard-Marchant. *Appendicite. Adhérences péritonéales. Résection de l'appendice. Blessure du cœcum. Guérison*. Société de chirurgie, 24 juillet, 1895.

l'opération, dans la suppuration du foyer qu'il faut en rechercher la cause principale. Sans aller jusqu'à la péritonite mortelle dont il existe plusieurs cas après des opérations à froid, il peut se produire plus simplement des accidents de *péritonisme*, accidents qui peuvent d'ailleurs présenter des symptômes alarmants ; témoin le cas qui fait le sujet de l'observation V où, dès le soir de l'opération pratiquée à froid, opération longue il est vrai, le malade fut pris de douleurs vagues, le lendemain les symptômes s'accusent, le surlendemain tableau complet de la péritonite sauf le ballonnement du ventre ; la laparotomie pratiquée sans retard montre un péritoine enflammé.

Dans un autre cas (Obs. VI) ce sont des phénomènes de *suppuration* qui donnèrent des inquiétudes, 24 heures après l'opération le malade a des symptômes de péritonite, un phlegmon de la paroi apparaît le lendemain et est guéri six jours après ; mais la suppuration du foyer n'est pas éteinte : après une amélioration de quelques jours, c'est la vaginale qui, restée en communication avec la grande cavité péritonéale suppure à son tour.

Il est à remarquer que dans ces deux cas l'opération fut longue et difficile.

L'infection peut quelquefois donner lieu à une *typhlite*, justiciable d'ailleurs du traitement banal de cette affection : c'est le cas de l'enfant qui fait le sujet de l'observation VII et qui, dans les cinq jours qui suivirent l'opération, présenta de la fièvre, des coliques, de la douleur dans la fosse iliaque droite : un purgatif eut raison de tous ces symptômes.

Signalons enfin un accident des plus exceptionnels et des plus évitables : il s'agit d'une *ulcération du cæcum* par un tampon de gaze iodoformée dans un cas d'appendicite calculeuse chronique sèche avec adhérences légères : en voici l'observation très résumée (1) :

Jeune fille, 17 ans ; cinquième rechute depuis six mois ; tumeur dans la fosse iliaque droite.

Incision. Appendice contourné et fixé aux tissus voisins ; il est excisé.

La poche fut tamponnée avec de la gaze iodoformée qui faisait la compression hémostatique, mais qui fut laissée par inadvertance trois semaines au contact du cæcum ; lorsqu'on la retira on constata une ulcération circulaire de cette portion du gros intestin par où les matières s'écoulaient et par où elles s'écoulèrent jusqu'au moment où on fit la fermeture par operculisation, c'est-à-dire par la suture séreuse à séreuse de la portion inférieure du cæcum renversée de bas en haut sur l'orifice cicatriciel. Guérison.

§ 3.

Les accidents consécutifs éloignés sont les éventrations et les fistules.

Les éventrations paraissent devoir devenir de plus en plus rares. Si elles ont été assez nombreuses en Améri-

1. Poncet et Jaboulay. 27 observations d'appendicites, obs. XXVII. *Revue de chirurgie*, 1892.

que, surtout au début, et Bull (1) dit en avoir vu à New-York une douzaine de cas en quelques mois, il n'est guère étonnant qu'elles diminuent de fréquence depuis qu'on a compris la nécessité de faire couche par couche la suture de la paroi abdominale. Il faut bien convenir en effet que la cause de leur production était beaucoup moins une prédisposition individuelle, une laxité quasi-physiologique des tissus et des moyens de suspension des organes que l'on rencontre chez quelques individus, que les mauvaises conditions d'ouverture ou de suture de la paroi abdominale.

M. Reclus (2), qui en signalait un cas sur quatre opérés croit l'événtration d'autant plus à craindre que l'incision est pratiquée plus haut ; il a pu constater au bout d'un an, une impulsion à la partie supérieure de la cicatrice, chez son quatrième opéré.

C'est en effet dans l'incision latérale de Max Shüller, le long du bord externe du muscle grand droit de l'abdomen du côté droit, que l'on est le plus exposé à voir une événtration, une hernie se produire : le cœcum et la plaie sont parallèles, l'un devant l'autre, et c'est sur toute la longueur de la plaie que le cœcum pourra faire effort. On comprend qu'il n'en est plus de même dans l'incision de Roux, dans la fosse iliaque droite, analogue à celle de la ligature de l'artère iliaque et aussi courte que possible, ne dépassant pas dix centimètres, ni dans l'incision proposée, spécialement dans ce but, par Mac Burney

1. Bull, cité par Damaye, *loc. cit.*, p. 46.

2. Reclus, *Discussion*, Soc. de Chirurgie, 4 octobre 1893.

(incision perpendiculaire à une ligne allant de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'ombilic).

Sur une femme de 41 ans ayant eu deux grossesses et une péritonite, M. Schwartz (1) pratique à froid la laparotomie médiane pour réséquer l'appendice : des lésions des organes génitaux qui accompagnaient celles de l'appendice avaient fait préférer, dans ce cas, l'incision médiane à l'incision latérale. L'appendice est réséqué. Sutures profondes et superficielles de la paroi. Revue deux ans après en juillet 1894, cette femme est complètement guérie : elle n'a plus eu de crises, rien à la palpation dans la fosse iliaque droite ; mais elle présente une petite *hernie* ventrale à la partie inférieure de la cicatrice.

Dans un autre cas du même auteur (2), l'incision avait été pratiquée dans la fosse iliaque droite : incision de 15 centimètres à concavité dirigée vers l'ombilic. L'intervention à froid dut être limitée au détachement des adhérences sans résection de l'appendice ; le colon ascendant était rouge et enflammé ; les anses voisines de l'intestin grêle étaient accolées par une substance jaunâtre, plutôt fibrineuse que purulente et constituaient ainsi une masse empâtée dans la fosse iliaque ; la plupart des adhérences furent détachées, mais l'appendice restait en partie enclavé et on dut renoncer à l'enlever. Lavage de la fosse iliaque et drainage avec une mèche de gaze iodoformée ; sutures étagées de la paroi. La mèche de drainage est

1. Schwartz, *in* thèse de Le Guern: *De l'appendicite par corps étrangers*, Paris, 1893, obs. I.

2. Schwartz, *in* thèse de Damaye, Paris, 1895, obs. III.

enlevée le quatrième jour et le malade sort guéri trois semaines après. Revu sept mois plus tard, en novembre 1894, il présentait une légère *éventration* au niveau de la cicatrice.

Faisons remarquer en terminant que lorsqu'il y a lieu d'opérer une éventration survenue après une première opération non suivie d'excision de l'appendice, il est bon, comme l'a fait M. Sébilleau, avec succès, d'en profiter pour tenter, cette fois, la résection du processus vermiciforme.

Infiniment plus rares que les éventrations, les fistules sont presque toujours en rapport avec des lésions de nature tuberculeuse : c'est ce qui fait leur gravité ; entretenues par les lésions tuberculeuses de l'intestin elles n'ont aucune tendance à se fermer spontanément et nécessitent parfois une ou plusieurs interventions nouvelles. Témoin le cas de M. Delorme (1) où après une guérison par première intention il se produisit une fistule, d'origine tuberculeuse, qui ne put guérir ni par des cautérisations, ni par des curages : une nouvelle laparotomie, une autoplastie furent également insuffisantes : comme le dit M. Delorme c'est la résection de l'intestin qui seule aurait pu tarir cette fistule.

1. Delorme. *Appendicite tuberculeuse*, Soc. de chirurgie, 22 novembre 1893.

§ 4. .

L'appendicectomie à froid est une opération qui ne devrait jamais se terminer par la mort puisque le moment choisi par le médecin pour intervenir est justement celui où l'intervention offre le minimum de dangers. Il existe cependant des cas malheureux, peu nombreux certes à côté du chiffre considérable d'opérations suivies de succès, mais qui prouvent pourtant que la mortalité ne saurait être réduite à zéro ; c'est une tendance naturelle, a-t-on dit, de publier plutôt ses succès que ses désastres : telle est peut-être la raison pour laquelle nous n'avons trouvé mentionnés que les cas suivants relatifs à des opérations à froid.

Dans une statistique de William Bull (mars 1894) rapportée dans la thèse de Damaye, il est fait mention de 8 cas de mort ; la cause de la mort est indiquée pour 7 de ces cas : nous trouvons 2 cas de septicémie (un de Fean-ger et un de Mac Burney), 3 cas de péritonite septique (Senn, Wyeth et Bull), 1 cas de volvulus de l'intestin grêle (Mac Burney) et 1 cas d'ulcère tuberculeux de l'iléon (Fowler). Un autre cas de mort par septicémie est rapporté par Duncan dans le *Journal Médical d'Edimbourg* (août 1893). Nous avons déjà parlé à plusieurs reprises de l'observation de Delorme qui perdit son opéré de choc (Société de Chirurgie, 22 novembre 1893). Enfin

Kummel (de Hambourg) a eu sur 51 cas un décès dont la cause n'est pas spécifiée (*Bulletin Médical*, 1895, p. 927).

CHAPITRE III

Nous avons précédemment signalé comme un des points délicats de l'opération qui nous occupe la recherche et la libération de l'appendice, et nous avons vu que c'était la principale cause des difficultés et des accidents qui surviennent durant l'intervention.

Plusieurs chirurgiens estiment cependant que ces difficultés sont plus apparentes que réelles : pour eux, en effet, la résection de l'appendice n'est pas la condition *sine qua non* de la guérison définitive de l'appendicite à répétition.

M. Quénu (1) s'appuyant sur les deux cas que nous avons cités plus haut, pense que la guérison n'est pas étroitement subordonnée à la résection de l'appendice : il n'est pas toujours possible quand on opère dans l'intervalle des crises, dit-il, d'enlever ou de découvrir l'appendice ; en pareille circonstance, on ne doit pas s'acharner à sa recherche, il faut se contenter de libérer le plus possible le cœcum, d'en détacher les adhérences. Ces

1. Quénu. *Appendicite à répétition*, etc. Soc. Chirurgie, 6 décembre 1893.

résultats, ajoute M. Quénu (les deux cas avaient été suivis de guérison), sont encourageants pour ceux qui, comme nous, conseillent l'intervention dans l'intervalle des crises, car la principale objection des abstentionnistes est l'impossibilité où l'on se trouve parfois de découvrir l'appendice.

M. Poncet (1) a vu également la guérison succéder à une opération incomplète : il estime que lorsque l'appendice n'a pu être réséqué, la laparotomie iliaque, les manœuvres chirurgicales qui ont pour but la découverte et la libération de l'appendice sont loin d'être inutiles.

Par contre Kummel (de Hambourg) (2) préconise la résection de l'appendice, quand les manifestations aiguës ont pris fin et que les exsudats sont résorbés, dans les formes d'appendicite, facilement récidivantes, qui donnent lieu, non à des abcès, mais à la formation des fausses-membranes et d'adhérences : la résection de l'appendice iléo-cœcal peut *seule*, dit-il, donner une guérison définitive. On ne peut obtenir une guérison durable qu'en faisant disparaître l'organe malade (3).

Roux (de Lausanne) (4) est du même avis : la seule

1. Poncet, in thèse Challiol : *De la résection à froid*, etc. Lyon, 1894.

2. Kummel. *Cure radicale de la pérityphlite par la résection du processus vermiciforme*. 19^e Congrès des Chir. allemands, Berlin, avril 1890.

3. Kummel. *Guérison radicale de la pérityphlite*, XI^e Congrès international de médecine, Rome, Avril 1894.

4. Roux. *Remarques sur 95 nouvelles opérations d'appendicite à froid*. Congrès français de Chirurgie, 9^e session, Paris, octobre 1895.

suppression des adhérences ou le redressement avec ou sans fixation de l'appendice ne donne aucune garantie et l'on ne doit jamais parler de guérison absolue tant que le malade garde son appendice.

Nous sommes donc en présence de deux théories bien distinctes. Si, comme le veut la première, il est bon de ne réséquer l'appendice que lorsqu'on n'a pas de peine à le trouver, il est bien certain que le traitement chirurgical de l'appendicite à répétition pendant une période de calme, lequel n'est plus en espèce la résection à froid de l'appendice, — il est bien certain que ce traitement échappe aux difficultés que nous avons signalées. Si l'on adopte la seconde opinion on voit que la cure radicale de l'appendicite à répétition nécessite l'ablation du corps du délit, l'appendicectomie, et que cette intervention n'est quelquefois ni facile, ni bénigne.

Mais en clinique, la thérapeutique ne saurait être guidée par des règles aussi fixes, elle doit être opportuniste (Landouzy) et les deux opinions que nous venons de citer ne sont point inconciliables : elles s'adressent chacune à des cas bien différents.

Dans les cas qu'on opère à froid, en effet, les adhérences donnent parfois naissance à des phénomènes d'obstruction du côté de l'intestin enserré par des brides cicatricielles. C'est alors que la laparotomie, que la libération des adhérences sans résection de l'appendice, peuvent donner de bons résultats puisqu'elles font cesser les symptômes douloureux de l'obstruction. Il semble qu'en certains cas, a dit M. Quénu, ce qu'il importe surtout d'obtenir, c'est moins la disparition d'une lésion d'ailleurs en-

kystée par la végétation fibreuse que le libre jeu de la première portion du colon.

Malheureusement il est bon de compter avec une lésion même « enkystée par la végétation fibreuse », et il y a plus à faire qu'à s'adresser à la conséquence de l'appendicite ; la thérapeutique doit aussi être pathogénique et indéniablement la cause première de tous les accidents c'est la lésion appendiculaire. Que l'appendice paraisse normal, sans traces de péritonite, sans adhérences, libre comme un battant de cloche dans la fosse iliaque (Damaye), qu'il soit dilaté, rempli de pus, plus ou moins adhérent aux parties voisines, ou présente des altérations plus profondes, son ablation seule assure au malade une guérison définitive. L'opération qui se borne à détacher des adhérences peut certes donner d'excellents résultats en permettant aux malades de vivre de la vie de tout le monde, et en supprimant les souffrances qui retentissent si fâcheusement sur l'état général. Mais elle n'a rien de commun avec la guérison de l'appendicite à répétition et ne peut, croyons-nous, être mise sur le même rang : les deux opérations sont trop distinctes pour que l'une puisse remplacer l'autre : la résection de l'appendice est, pourrait-on dire le traitement curatif, tandis que la libération du cœcum n'est qu'un traitement palliatif.

On pourrait objecter que les deux cas de M. Poncet et les deux cas de M. Quénu où l'opération sans résection a été suivie de guérison complète des accidents douloureux sont une preuve que la résection de l'appendice n'est pas toujours nécessaire. Cependant dans la deuxième observation de M. Quénu si, sept mois après l'opération, l'état

général est très amélioré, la fosse iliaque souple, non douloureuse, on percevait encore à la palpation une *induration* correspondant au siège de l'appendice.

De plus si, pour une raison quelconque, l'appendice n'a pas été enlevé, une récurrence n'est pas impossible. Les exemples n'en sont pas rares après les interventions à *chaud* où l'on s'est borné, et pour cause, à évacuer le *pus*.

C'est ainsi que Kummel, cité par Roux (1), a observé deux fois chez la même personne une récurrence après une simple incision de l'abcès. Moty (2) ne put également qu'évacuer le *pus*, et son malade dut subir une deuxième opération pour une récurrence survenue quelque temps après. De même Porter (3) dut, un an après la ponction de la tumeur purulente, procéder à la résection à froid de l'appendice ; son malade avait eu depuis la première opération tant de crises qu'il ne les avait pas comptées.

Nous ne croyons pas que ces récidives après une intervention à dessein incomplète pratiquée à chaud, aient moins de valeur que les récidives après une opération incomplète pratiquée à froid : elles montrent tout aussi bien, semble-t-il, que le malade n'est pas guéri tant qu'il conserve son appendice, et le moment de l'opération ainsi que les raisons pour lesquelles on n'a pas

1. Roux. *Traitement chirurgical de la pérityphlète suppurée*.
Rev. méd. de la Suisse Rom., 1892.

2. Moty, Société de Chirurgie, 2 mars 1892.

3. Porter (observation rapportée dans la thèse de Challiol, Lyon 1894).

enlevé le processus, nous paraissent pour ce qui nous occupe d'ordre secondaire.

D'ailleurs pour en revenir aux opérations à froid, la récurrence est, dans les mêmes conditions, possible. Nous rapportons plus loin une observation de Revillod où l'opération pratiquée à froid ne permit pas de trouver l'appendice : un an après le malade revenait à l'hôpital pour les mêmes accidents.

De même le cas cité par M. Talamon (1) : chez un enfant de 14 ans qui avait eu de nombreuses attaques dans le cours d'une année, une première opération montre une exsudation fibrineuse si dense autour du cœcum que le chirurgien, un des plus compétents et des plus habiles de New-York, diagnostiqua un rétrécissement du cœcum et pratiqua une anastomose entre la fin de l'iléon et le colon ascendant. La plaie se cicatrisa, *mais les attaques se reproduisirent*. Une deuxième opération qui nécessita la plus grande patience permit de découvrir l'appendice qui contenait une certaine quantité de mucus avec une concrétion stercorale : la guérison fut définitive.

Il semble ressortir de tout ceci que la résection de l'appendice est la condition indispensable de la cure radicale de l'appendicite à répétition ; il faut bien reconnaître d'ailleurs qu'il est des cas où la seule libération du cœcum donne des résultats satisfaisants, mais ce n'est là qu'un pis-aller, puisque l'opération est entreprise dans le but de supprimer l'appendice ; ce n'est pas à dire, d'au-

1. Talamon, *loc. cit.*, p. 238.

tre part, qu'il faille s'obstiner à la recherche du processus; il est des cas où le chirurgien a le devoir de battre en retraite dans l'intérêt de son malade; mais, dans une opération qui n'atteindra son but et ne sera vraiment efficace que si la cause première des crises est supprimée, il est également de son devoir de ne s'arrêter dans ses recherches que lorsqu'il est dangereux de les pousser plus avant : dans l'observation rapportée par Talamon et que nous venons de citer, la seconde opération fut très délicate : le malade n'a cependant guéri que parce que le chirurgien, plus audacieux et plus patient à la fois que dans sa première intervention, est arrivé à supprimer l'appendice.

Ainsi donc, si l'on admet que rien n'est plus rationnel que de chercher à réséquer l'appendice dans l'appendicite à répétition opérée à froid, on voit d'autre part que cette résection est parfois impossible; il vaut mieux ne pas s'acharner à le trouver au milieu d'adhérences étendues et résistantes : ces recherches présentent non seulement de très grandes difficultés, elles peuvent même faire courir des dangers réels au malade; on est alors dans l'obligation de se contenter d'une opération inachevée qui malheureusement ne nous semble pas assurer une guérison complète et définitive.

Nous n'avons eu en vue, précédemment, que les cas de récurrence après opération non suivie d'excision de l'appendice. Il est d'autres récurrences qui, celles-ci, surviennent même après résection du processus : il s'agit alors de lésions de nature tuberculeuse toujours étendues à d'autres parties de l'intestin que l'appendice iléo-cœcal : on

conçoit que dans ces conditions la résection de ce diverticule soit insuffisante. C'est la résection de toutes les parties atteintes qu'il faudrait pratiquer et de par l'étendue des lésions elle est souvent impossible. De plus, c'est dans ces cas que l'on a le plus souvent observé la production de fistules longues à guérir. Le malade peut cependant retirer un certain bénéfice de l'intervention : dans l'observation de M. Delorme, déjà citée, où le cœcum dans une certaine étendue et la terminaison du petit intestin étaient indurés, les crises douloureuses cessèrent et l'état général devint meilleur ; il n'en est pas moins vrai que le malade conservait une lésion que seule une opération plus complète aurait pu faire disparaître.

Il semblerait banal de conclure que l'appendicectomie à froid n'est pas applicable aux cas d'appendicite tuberculeuse ; les lésions sont trop étendues ; de plus l'appendice est bien moins fréquemment atteint que le petit intestin et le cœcum (Delorme) (1). Les cas sont rares en somme où la tuberculose est cantonnée à l'appendice.

Le point délicat est que ces lésions tuberculeuses empruntent souvent dans leurs manifestations le masque de l'appendicite franche à rechutes : on est donc amené à proposer et à pratiquer la résection à froid de l'appendice, et ici plus que jamais la responsabilité du médecin sera lourde.

Il y a donc une très grande importance à bien établir le diagnostic avant de prendre le bistouri, comme l'a fait

1. Delorme. *Appendicite tuberculeuse à rechutes, résection à froid de l'appendice, guérison*. Soc. de chirurgie, 30 mars 1892.

remarquer A. Benoît, c'est moins un diagnostic différentiel à établir qu'une question de *nature* à trancher. Ce n'est pas ici le lieu de décrire les signes qui permettront de soupçonner ou de fixer la nature tuberculeuse de l'affection (1). Nous avons voulu simplement, après bien d'autres, rappeler les surprises et les insuccès dont la tuberculose peut être l'origine dans l'opération qui nous occupe.

1. Voir à ce sujet : Discussion à la Soc. de chirurgie, 1892. Auguste Benoît. *Tuberculose locale chronique de la région iléo-cæcale*, Th. Paris, 18931, p. 40. Challiol, *De la résection à froid*, etc. Th. Lyon, 1894, p. 28.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (1).

Appendice introuvable. Hémorrhagie. Opération longue et difficile
Mort 48 heures après l'opération (choc). Autopsie. Appendice peu altéré, dilaté, non perforé.

Après une troisième poussée d'appendicite survenue rapidement après les deux premières et caractérisée par les signes classiques : douleurs très vives dans la fosse iliaque droite, diarrhée, fièvre très élevée allant jusqu'à 40°, empâtement profond à mi-chemin entre l'ombilic et l'épine iliaque supérieure, je me décidai à intervenir après une période de calme relatif.

L'incision abdominale faite, je trouvai le cœcum recouvert en avant par une anse du petit intestin, très adhérente, le même cœcum adhérent en dehors à une deuxième anse, enfin la terminaison du petit intestin fixée d'une façon intime à la partie inférieure du cœcum. Ces parties paraissaient confondues. Je les dégageai non sans peine au dehors, en avant, et dans une faible étendue, en bas ; je recherchai l'appendice dans ces points, mais en vain.

1. Delorme. Soc. de Chirurgie, 22 novembre 1893.

Sentant une grosse nodosité fibreuse et assez régulière qui semblait venir de la face postérieure du cul-de-sac cœcal pour remonter vers l'ombilic, je la pris pour l'appendice dont elle avait le volume et la forme, et la liai à quelque distance du cœcum sans excision. L'opération avait été longue, prolongée par le dégagement des adhérences, la recherche de l'appendice et une hémorrhagie assez abondante survenue lors de la séparation de ce que je croyais être l'appendice, hémorrhagie qui était due à la rupture des branches iléo-cœcales.

L'opéré succomba au bout de 48 heures après avoir présenté des phénomènes très accusés de choc. Après l'opération, la température était de 34° ; elle n'atteignit pas 37°.

L'autopsie, facilitée par l'absence de toute péritonite, me fit voir que ce qui avait été pris pour l'appendice était une nodosité fibreuse régulière, dont le centre était constitué par des vaisseaux coliques volumineux. Prolongeant mes recherches comme je l'eusse fait au cours d'une opération, je ne trouvai pas l'appendice, et ce n'est qu'après avoir enlevé gros et petit intestins, séparé au bistouri ou violemment déchiré (comme je ne l'eusse pas fait sur le vivant) les adhérences qui confondaient la terminaison du petit intestin et le cœcum épaissis, que je trouvai entre ces deux organes, en arrière, une petite masse régulièrement arrondie, du volume d'une grosse aveline, à surface jaune, qui ressemblait plutôt à un ganglion caséeux très hypertrophié, à un abcès encapsulé qu'à un appendice. La section me fit voir pourtant qu'il s'agissait de ce dernier. Il avait 3 centimètres de longueur, 2 de diamètre, présentait une paroi extérieure très épaisse, une paroi muqueuse tomenteuse sans ulcération ; il renfermait deux calculs stercoraux ; son orifice intestinal était hermétiquement fermé et sa surface n'offrait aucune solution de continuité. En un point très limité de sa paroi, entre elle et celle du petit intestin, sans qu'il y ait aucune solution

de continuité de l'appendice ou de l'intestin à ce niveau, existait une toute petite cavité, affaissée en partie, qui renfermait quelques gouttes d'un liquide louche qui sera soumis à l'examen bactériologique. En aucun autre point je ne trouvai trace d'abcès ou d'adhérences récentes.

Dans la fosse iliaque gauche dont le malade s'était plaint au cours de la troisième poussée d'appendicite, l'intestin n'était ni congestionné, ni adhérent.

En somme mon opéré a succombé après une laparotomie qui n'aurait pu, en cas de survie, lui être d'aucune utilité. Je n'avais pu trouver l'appendice et l'eussé-je trouvé que son excision était peu indiquée. S'il était dilaté, il était peu altéré, n'avait subi aucune solution de continuité ; il n'était entouré d'aucune collection nécessitant un acte chirurgical. Et pourtant à chaque poussée d'appendicite, douleurs, empâtement, fièvre, avaient présenté un haut degré d'acuité et les trois poussées étaient survenues en moins d'une année. Ne faudrait-il pas tenir compte, dans une certaine mesure, pour expliquer l'apparition de ces poussées, aussi bien des lésions iléo-cœcales que de celles de l'appendice ?

OBSERVATION II (1) (Résumée).

Appendice introuvable, détachement d'adhérences, guérison, persistance d'une induration.

Enfant de 15 ans, de 1891 à 1893 nombreuses crises.

Opération à froid le 26 avril 1893.

Une incision sur le bord externe du muscle droit nous per-

1. Quénu. Soc. de chirurgie, 6 décembre 1893.

mit d'arriver sur une masse dure, mal limitée, recouverte par le grand épiploon qui bridait le cœcum et adhérait à la paroi abdominale ; nous fîmes la résection de toute la masse épiploïque adhérente. Après ligature en chaînes, les trois quarts de la surface cœcale furent libérés d'adhérences ; mais au niveau du cul-de-sac, c'est à dire à l'insertion présumée de l'appendice iléo cœcal, il nous fut impossible de contourner l'intestin qui restait rattaché à la fosse iliaque par une sorte de gangue indurée, gangue ou vraisemblablement se trouvant noyé l'appendice vermi forme. Après quelques tentatives modérées de détachement des adhérences, nous crûmes prudent de laisser les choses en l'état, et le ventre fut refermé par une mèche de gaze iodoformée passant par l'extrémité inférieure de la plaie. Les suites furent complètement apyrétiques.

Guérison. — Revu 7 mois après ; la guérison persiste, l'état général est très amélioré, la fosse iliaque est souple, non douloureuse ; on perçoit encore à la palpation une induration correspondant au siège de l'appendice.

OBSERVATION III (Résumée) (1)

Appendicite. Adhérences péritoneales. Résection de l'appendice.

Blessure du cœcum. Guérison.

M..., 51 ans, ménagère, entrée le 5 octobre 1894. Plusieurs crises depuis le mois de juillet, traitées médicalement. Recrudescence des phénomènes douloureux depuis un mois. Après

1. G. Marchant. Société de chirurgie, 24 juillet 1895.

examen, le diagnostic porté est celui de typhlite et appendicite. La malade est de nouveau soumise à la révulsion ignée répétée, aux applications glacées, aux purgatifs : ses souffrances persistent et son état reste absolument le même.

Opération le 8 décembre, faite sous chloroforme. Laparotomie latérale, incision longitudinale de 7 à 8 centimètres au niveau de la fosse iliaque droite : le péritoine étant ouvert, on tombe sur la masse intestinale, le cœcum se présente d'abord, il est d'aspect normal, mais des adhérences nombreuses, glutineuses, persistantes, le fixent de toutes parts. L'exploration de l'organe permet d'atteindre facilement l'appendice : celui-ci n'est pas très long mais il est beaucoup plus gros que normalement, bosselé, moniliforme, de consistance dure et adhérent par des brides néoformées au cœcum et à l'iléon.

Malgré ses adhérences, l'appendice est assez facilement isolé de l'iléon ; mais au moment de le pédiculiser et de le séparer de son attache cœcale la paroi du cœcum cède au point d'insertion, et une plaie assez étendue de 2 à 3 centimètres environ, dans le sens transversal, se montre sur cet intestin, laissant couler le contenu intestinal.

Après avoir rapidement épongé les matières effusées et enlevé l'appendice, M. Marchant pose sur la plaie intestinale deux rangs de sutures à la soie très fine (muco-muqueuses et séro-séreuses) ; puis reprend dans un point la séreuse viscérale et la fixe au péritoine pariétal, de façon à isoler en quelque sorte le cœcum de la grande cavité.

Suture sur trois plans de la plaie abdominale, en laissant un orifice par où est introduit un tampon de gaze iodoformée à la Nickuliez. Pansement à l'iodoforme ; opium 15 centigrammes ; boissons glacées.

Le soir la malade va bien ; a eu quelques vomissements chloroformiques, mais la température et le pouls sont bons ; ven-

tre non ballonné. Le lendemain grande prostration (excès d'opium).

11 décembre. — Enlèvement du Mickulicz; bon état de la plaie.

16 décembre. — Pansement souillé par un suintement venant du trou du Mickulicz, mais sans odeur fécale.

22 décembre. — Les fils sont enlevés. Il reste à peine une petite fistule par où sort un liquide séro-purulent sans aucune odeur intestinale. Les fonctions intestinales sont absolument normales.

OBSERVATION IV (1).

Appendicite tuberculeuse. Résection de l'appendice. Guérison temporaire. Fistule intarissable. Cessation des crises douloureuses et rétablissement de la santé générale.

Il s'agit d'une appendicite tuberculeuse. Après plusieurs poussées aiguës, je fis chez le malade une laparotomie, excisai et liai l'appendice turgescant, non ulcéré. Le cœcum dans une certaine étendue et la terminaison du petit intestin étaient indurés.

Après une guérison temporaire par première intention, il se produisit une fistule. L'opération date de vingt mois; ni des cautérisations répétées, ni des curages fréquents, ni une nouvelle laparotomie pratiquée il y a treize mois, laparotomie suivie de l'excision des bords d'une perte de substance cœcale,

1. Delorme. Soc. de chirurgie, 22 nov. 1893.

à la place de la base de l'appendice, ni une autoplastie ne m'ont permis de tarir cette fistule qui, dans maintes observations, est considérée comme un accident de très minime importance.

Il ne me restait plus qu'à conseiller la résection d'une certaine étendue du cœcum et de la terminaison de l'intestin grêle. Je l'ai proposée, le malade n'a pas voulu l'accepter. Au point de vue local, l'opération a donc été insuffisante puisqu'elle n'a pu amener une guérison définitive. A d'autres points de vue, elle a présenté de très réels avantages, elle a amené la cessation définitive des crises douloureuses, enfin elle a été suivie d'un rétablissement de la santé générale tel qu'on ne pourrait se douter à voir ce malade très amaigri au moment de l'opération et aujourd'hui de si belle apparence, qu'il présente une lésion tuberculeuse.

Quoi qu'il en soit, si de semblables faits se montraient fréquents (je l'ai observé une fois sur six cas), il y aurait lieu de se demander, en présence de lésions cœco-appendiculaires tuberculeuses, si la résection de l'appendice suffit et si l'excision de l'intestin ne serait pas préférable. Peut-être aussi quand les accidents ne sont pas absolument pressants, pourrait-on se demander s'il n'est pas préférable de faire de l'expectation médicale.

OBSERVATION V

Inédite. Due à l'obligeance de M. le D^r Schwartz (1).

Appendice difficile à découvrir. Résection. Péritonisme. Deuxième opération : drainage du péritoine. Guérison.

D... René, 30 ans, mégissier.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Homme bien portant, robuste. Maux de tête (éthylisme). Depuis très longtemps, *état de constipation permanent*, reste deux et trois jours sans aller à la selle. Dysentérie en 1884 à Toulon.

Au commencement de janvier 1895, le malade ressent quelques douleurs du côté du ventre, et, les attribuant à sa constipation habituelle, il prend deux purgatifs. La douleur persiste, elle s'accroît : le malade s'alite vers le 17 février. Il accusait alors : des douleurs très vives dans la fosse iliaque droite, douleurs spontanées et exagérées par la moindre pression, des vomissements dont il ne détermine pas le caractère, du ballonnement du ventre, de la constipation, de la fièvre ; pour atténuer la douleur, pour relâcher les muscles abdominaux, il élevait de lui-même ses jambes vers le mur contre lequel était son lit.

Arrivé à l'hôpital Cochin, service de M. Gilles de la Tourette, le 21 février, il est venu à pied très lentement, souffrant horri-

1. Nous sommes heureux de remercier ici M. le D^r Schwartz des observations qu'il nous a si obligeamment communiquées et des conseils qu'il a bien voulu nous donner.

blement ; on diagnostique : appendicite. Les symptômes que j'ai signalés durent encore trois jours, puis tout rentre dans l'ordre.

En somme, l'attaque de « colique appendiculaire » a duré 7 jours ; c'est la première. La température maxima a été à l'hôpital : 39°.

On lui a donné comme traitement : opium, sachets de glace, régime lacté exclusif, puis, après disparition des symptômes, purgatif à l'huile de ricin.

Passage en chirurgie le 12 mars.

Etat actuel. — Symptômes fonctionnels : pas d'appétit ; tous jours constipation opiniâtre : n'est allé que trois fois à la selle depuis son entrée à l'hôpital (1^{er}, 11 et 14 mars) ; pas de douleur spontanée. A la palpation : douleur peu intense à la pression dans la fosse iliaque droite. M. Schwartz signale un appendice gros, dur, fuyant vers l'ombilic ; il confirme le diagnostic.

Opération. — Faite le 16 mars par M. Rieffel. Les téguments sont incisés parallèlement à l'arcade crurale ; une petite incision est faite au péritoine qui est rejeté de façon à dégager le cœcum, lequel présente de nombreuses traces d'inflammation. On trouve du premier coup l'abouchement de l'iléon dans le cœcum, mais d'appendice, point. On cherche une grande demi-heure, on hésite. « Quand on hésite, ce n'est pas l'appendice ». — On va refermer la plaie quand tout à coup, au dernier moment, on tombe sur l'appendice : on n'avait pas assez retourné le cœcum pour découvrir sa partie postérieure ; quant à l'appendice il était logé sur la face postéro-interne du cœcum auquel il était intimement uni, puis il abandonnait le cœcum et se dirigeait vers l'intestin grêle. On incise le péritoine tout autour, on enlève l'appendice au thermo-cautère.

Appendice long comme l'index à peu près ; il va en s'évasant

de son origine à sa terminaison et forme une masse dure et compacte. On l'ouvre: il ne renferme pas de corps étranger, mais est converti tout entier en tissu scléreux.

Suites de l'opération. — Péritonisme. — Le soir, douleurs erratiques; la température est basse: 35°8 et 35°5. Piqûres de morphine, d'éther et de caféine.

Le lendemain dimanche, symptômes de péritonisme.

Je le vois le lundi matin: son état est lamentable, facies abdominal, cholérique, vomissements porracés, hoquet extrêmement fréquent, douleur horrible dans tout l'abdomen: le malade fléchit les jambes et relève le thorax pour relâcher les muscles de la paroi abdominale. Il n'y a pourtant pas de ballonnement, le ventre est creusé en bateau. La température oscille entre 38°4 et 39°3. Injections de sérum, piqûres de morphine.

Deuxième opération le même jour à 11 h. 1/2. M. Schwartz ouvre l'abdomen au même endroit que dans la précédente opération; on trouve de l'inflammation du péritoine. La cavité péritonéale est drainée à la gaze iodoformée.

Suites de l'opération. — Le mardi, 19 mars, l'état général est satisfaisant: plus de vomissements, plus de hoquet, douleur peu intense. Facies bien amélioré, température 37°8.

20 mars. — Température rectale: 36°9, état de plus en plus satisfaisant.

A guéri sans éventration.

(M. Schwartz se demande s'il n'y avait pas de l'étranglement par torsion d'une anse que la deuxième opération aurait remise en place sans qu'il s'en soit aperçu).

OBSERVATION VI

Inédite. Due à l'obligeance de M. le D^r Schwartz.

Résection de l'appendice : libération difficile. Suppuration du foyer.

Phlegmon de la paroi. Vaginalite suppurée. Guérison.

M. X..., 48 ans, ingénieur.

Aucun antécédent notable.

Le début remonte à 1882 : à deux ou trois reprises, le malade, qui vivait dans de mauvaises conditions d'hygiène alimentaire, a souffert de crises affectant la forme de coliques néphrétiques survenant au milieu de la nuit, vers les trois heures du matin et d'une durée de deux heures.

A la fin de la même année, attaque très intense, coliques horriblement douloureuses, vomissements, ballonnement du ventre (une piqûre de morphine est nécessaire), en un mot signes de péritonite, fièvre, constipation très opiniâtre ; élancement dans le côté droit ; dureté dans la fosse iliaque droite, dureté qui disparaît à la suite d'évacuation de pus par l'anus.

En l'espace de six mois, quatre rechûtes successives identiques et même plus fortes se produisent ; le malade reste pendant trois mois couché sans bouger, puis fait trois mois de convalescence (1883-84).

A ce moment un médecin diagnostique une tumeur qu'il faut enlever sans retard ; un autre médecin diagnostique une typhlite.

La guérison semble à peu près complète malgré quelques accès peu intenses à la suite de la constipation, malgré un point

douloureux dans la fosse iliaque droite, constaté par le professeur Guyon à l'aide du toucher rectal combiné au palper ; ce point douloureux est traité par des pointes de feu, un cautère.

Une dernière rechute, la plus grave, a lieu en 1884. Saison à Plombières, d'où le malade revient dans d'assez bonnes conditions ; il reste indemne à peu près jusqu'en 1890.

Depuis 1890, le malade éprouve tous les ans dans la fosse iliaque droite des tiraillements, plus intenses depuis deux ans, et accompagnés d'empâtement de la région. La constipation est toujours opiniâtre ; lavement matin et soir, sans quoi tiraillements dans la jambe rendant la marche difficile.

Urines normales. Pas d'amaigrissement.

Opération le 12 mai 1896. Chloroforme difficile, vomissements. La paroi abdominale est épaisse ; après l'incision du péritoine on tombe sur une grosse masse épiploïque qui remplit toute la fosse iliaque droite et au milieu de laquelle est l'appendice (4 cent. de long) très adhérent, très difficile à libérer ; deux ligatures et thermo-cautère sur le moignon. Drainage avec une mèche de gaze.

Suites de l'opération. — Au bout de 24 heures, il survient des phénomènes de péritonite très sérieux, vomissements, ballonnement du ventre. Le pouls est à 130, la température à 38°.

Un phlegmon de la paroi se déclare : au bout de 48 heures, on enlève la mèche de drainage ; les phénomènes diminuent en trois à quatre jours. Comme traitement : vessie de glace, jeune absolu, deux pulvérisations phéniquées à 1 0/0 par jour, d'une demi-heure chacune.

Tout est fini huit jours après l'opération.

Le 22 mai, suppression du spray ; le malade se nourrit, selles normales ; pouls : 80 ; température 36°,8 ; excellent état local et général.

Deux jours après le malade est pris de symptômes de vaginalite : la vaginalite suppure comme le foyer iliaque (communication) et guérit très rapidement après l'élimination d'un bourbillon sphacélé.

Guérison complète le 24 juin 1896.

OBSERVATION VII

Inédite. Due à l'obligeance de M. le Dr Schwartz.

Résection de l'appendice. Après l'opération, signes de typhlite
Guérison.

D. S. ., 12 ans.

Cet enfant est malade depuis trois ans et a fait quatre rechûtes : la première et la deuxième atteintes ont été très sérieuses (signes de péritonite : vomissements, constipation, douleur violente) et ont nécessité un repos au lit de quatre semaines. Les deux dernières attaques ont été un peu moins fortes, mais à chaque instant l'enfant ressent des malaises qui l'obligent d'interrompre ses études ; il est toujours constipé.

L'exploration fait sentir une petite tumeur allongée dans la fosse iliaque droite ; le point douloureux de Mac Burney est très net. Je sens parfaitement l'appendice quoique l'enfant n'ait actuellement aucune douleur.

En dehors de cela, état général excellent.

Opération le 6 avril 1895. — Laparotomie iliaque ; l'appendice est situé en arrière du cœcum, adhérent à lui, terminé en massue ; la libération en est facile, résection par le procédé à

manchette ; trois plans de sutures. Réunion totale sans drainage.

L'appendice contenait à son extrémité un calcul fécal entouré de pus ; sa paroi était épaissie et semblait avoir subi une transformation fibreuse.

Suites de l'opération. — Les cinq premiers jours, l'enfant a eu de la fièvre, des coliques très vives, des douleurs dans le flanc droit, en somme des signes de *typhlite* (Typhlite infectieuse ?). Tous ces symptômes ont cessé dès que le ventre a été débarrassé par un purgatif.

Température : 37°,5 le matin, 39° le soir.

Guérison complète au bout de 22 jours.

Revu un an après : la cicatrice est résistante, l'état général excellent.

OBSERVATION VIII (1).

Opération à froid. Appendice introuvable. Récidive au bout d'un an.

V... entre le 23 mai à l'hôpital Cantonal pour une troisième attaque de pérityphlite. A été pris le matin même en travaillant à la vigne de douleurs de ventre avec frissons. Frissons, vomissements, constipation. Les douleurs se propagent dans la fosse iliaque. Le 16 juin, l'état général est bon ; le malade se lève

1. Revillod. Communication à la réunion générale des médecins suisses, 28 mai 1892 (*in Revue méd. de la Suisse Romande*, 1892, p. 382).

et a bon appétit. Mais on sent au-dessus du ligament de Poupart un cordon dur qui paraît fixe dans la fosse iliaque.

Le 18 juin il est transféré en chirurgie pour être opéré en vue de ce cordon qui persiste.

L'opération est faite pour ainsi dire à froid par le professeur Julliard qui trouve le cœcum et l'intestin grêle unis par des adhérences qu'on ne peut détacher par une traction légère. Il n'y a pas de sensation de tumeur, pas d'abcès, enfin on ne trouve pas l'appendice vermiforme. Une anse intestinale qui avait été sortie est refoulée; l'incision refermée se cicatrise par première intention.

L'année suivante, le 5 mai 1891, notre malade revient pour les mêmes accidents. C'est donc une quatrième atteinte de pérityphlite pour laquelle nous nous sommes contenté cette fois des soins médicaux.

L'opération a en effet été inutile : 1° comme n'ayant pas révélé l'existence d'une lésion digne d'être opérée ; 2° comme n'ayant pu préserver le patient d'une quatrième rechute.

OBSERVATION IX

Inédite. Due à l'obligeance de M. le Dr Sépilieu.

Appendicite à répétition. Deux interventions à chaud (drainage).

Eventration. Persistance des phénomènes douloureux. Résection à froid de l'appendice. Guérison.

En 1893, Mlle X..., 22 ans, entre à l'hôpital Cochin (Service de M. Quénu), avec les signes d'un abcès péricœcal. Etat général sérieux. J'ouvre le péritoine. Je décolle légèrement le cœcum en

dehors et je draine. Deux jours après, du pus fétide s'écoule. Les symptômes s'atténuent rapidement et la malade sort guérie de l'hôpital un mois et demi après l'intervention. Vers le quinzième jour, un corps étranger cylindrique, long de 7 à 8 millimètres, avait été expulsé.

En 1894, un an après avoir été frappée pour la première fois, la malade se présente de nouveau à l'hôpital avec des symptômes d'appendicite aiguë. M. Quénu opère ; il incise la paroi abdominale un peu au-dessous du point où elle avait été incisée la première fois ; il ne recherche pas le pus et draine, ainsi que je l'avais fait sur son conseil d'ailleurs, l'année précédente. L'abcès se vide au bout de quelques heures. Aucun incident ne marque la convalescence. La malade part de l'hôpital six semaines après l'opération.

En 1895, elle revient me consulter. Elle souffre d'une façon presque constante dans la fosse iliaque droite et ne peut pas travailler (elle est domestique). Je propose la résection de l'appendice qui est acceptée. Au reste, il n'y a eu, depuis la dernière opération, aucune poussée aiguë. Je fais l'incision dans l'endroit même où avait été pratiquée la première et au niveau de laquelle s'était produite, d'ailleurs, une éventration marquée.

J'ai quelque peine à découvrir l'appendice petit, ratatiné, situé sur la face postéro-inférieure du cœcum et dissimulé au milieu d'adhérences.

Je le libère peu à peu, le lie à la base et le résèque. Puis je reconstitue la paroi abdominale.

Durée de l'opération : une heure et demie.

Guérison simple, sans accidents, ni suppuration.

OBSERVATION X

Inédite. — Due à l'obligeance de M. le Dr Sebileau.

Appendicite à répétition. Intervention à chaud (drainage). Résection à froid dans la suite. Suppuration légère. Guérison.

En 1894, le Dr G... m'adressa à Cochin (service de M. Quénu), un malade, âgé de 30 ans, qui, l'année précédente, avait eu une attaque d'appendicite, et qui présentait à nouveau tous les symptômes de cette affection depuis quelques jours.

Quand j'examine le malade, je le trouve porteur d'un volumineux abcès situé au-dessus de la partie postérieure de la crête iliaque et très nettement réductible.

J'incise largement : du pus fétide s'écoule. Je découvre un décollement étendu des téguments, décollement qui suit la crête iliaque. A quelques centimètres en dehors de l'épine iliaque antéro-supérieure, je trouve un orifice creusé dans la paroi musculaire de l'abdomen, tout contre la crête osseuse et qui conduit un instrument explorateur dans la fosse iliaque. J'agrandis largement cet orifice et je draine. La suppuration dure un mois et demi, puis le malade guérit et quitte l'hôpital.

Il y revient au bout de quelques semaines, sur le conseil que je lui en avais donné, pour y subir la résection de l'appendice.

J'incise un peu au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure. Je trouve, non sans quelques difficultés, l'appendice placé en arrière du cœcum. En pratiquant le décollement des adhérences, j'ouvre un abcès très petit d'où il s'écoule à peine quelques

gouttes de pus. Je réséquai l'appendice à la base ; il ne contenait pas de corps étranger ; je ferme et je draine.

Guérison au bout d'un mois après suppuration légère venue de la profondeur.

OBSERVATION XI

Inédite. Due à l'obligeance de M. le Dr Sébileau.

Résection à froid de l'appendice. Rupture du kyste appendiculaire. Suppuration prolongée. Deuxième intervention (curettage et drainage). Guérison.

J'ai été consulté en décembre 1894 par les parents d'un jeune homme de 17 ans qui, ayant été frappé quelques mois auparavant par une attaque très sérieuse d'appendicite (sans suppuration), souffrait depuis cette époque d'une douleur continue dans la fosse iliaque droite, douleur qu'aggravaient la marche, l'exercice, la simple station verticale prolongée, les digestions.

Je conseillai la résection de l'appendice.

J'opérai le jeune malade au milieu de décembre. Je trouvai, enfoui dans des adhérences qu'il me fut assez facile de décoller, un appendice long, rétro-cæcal, dilaté au niveau de son tiers moyen en un véritable kyste gros comme une petite noix. Un corps étranger que les doigts sentaient fort bien par l'exploration extérieure oblitérait la cavité appendiculaire et toute communication était fermée entre la dilatation kystique et le cæcum. Les parois de cette dilatation étaient minces. Craignant leur rupture, je fis tout autour de la région dans laquelle j'opérais une véritable barrière de gaze iodoformée protégeant le péritoine. Au moment où, le décollement touchant à sa fin, je détachais les dernières adhérences, le kyste creva et le liquide qu'il conte-

nait fit irruption dans le champ opératoire. Je désinfectai de mon mieux avec plusieurs applications de teinture d'iode, puis, ayant réséqué l'appendice, enlevé la gaze iodoformée, je fermai la plaie, réservant un bon drainage profond.

Trois jours après l'opération, un flot de pus s'écoula par le drain. Je coupai plusieurs fils de suture superficiels et profonds, fis des lavages au chloral et drainai plus largement encore.

Mais, malgré toutes mes précautions et malgré tous mes soins (large drainage, lavages répétés trois fois par jour, etc.), la supuration persista et mon opéré, soumis, de temps à autre, à la rétention d'un pus qui s'écoulait mal, le drain étant peu à peu chassé de la profondeur par la tendance que la plaie marquait à opérer sa cicatrisation, présentait des accès de fièvre irréguliers et bizarres, maigrissait, perdait tout appétit, ne dormait plus.

J'exigeai enfin des parents une nouvelle intervention que depuis une quinzaine de jours, je leur avais déjà proposée. Ils y consentirent.

J'incisai largement dans toute l'étendue de la première plaie. Je curettai toute la région opératoire superficielle et profonde, enlevai plusieurs grosses soies profondes qui jusqu'alors, avaient résisté à l'élimination spontanée, et fis un large drainage.

Les accidents s'atténuèrent tout de suite et quelques jours plus tard la plaie était presque complètement fermée. Cette cure d'une résection à froid de l'appendice iléo-cœcal avait duré trois mois.

CONCLUSIONS

I. — L'appendicectomie à froid, opération généralement simple et bénigne, peut, dans certains cas, présenter de réelles difficultés et donner lieu à des accidents dont quelques-uns ont été suivis de mort.

II. — L'excision de l'appendice iléo-cœcal est quelquefois impossible : l'opération, dans ces conditions, ne met pas absolument à l'abri d'une récurrence.

III. — L'appendicectomie à froid est souvent insuffisante dans les cas d'appendicite à répétition de nature tuberculeuse.

Quel que soit le peu de fréquence des difficultés et des accidents que nous avons signalés, ils acquièrent une grande importance de par ce fait que l'appendicectomie à froid est tout l'opposé d'une opération d'urgence : proposée par le médecin qui a fait entrevoir ce moyen de supprimer radicalement des crises dont l'issue peut être mortelle, pratiquée en une période où le malade a l'illusion d'un retour définitif à la santé, le moindre accident et à plus forte raison un insuccès prennent ici de tout

autres proportions, elle engage au plus haut point la responsabilité de l'opérateur.

Il nous semble donc inutile d'insister sur le devoir qu'a le médecin d'instruire son malade aussi bien des dangers possibles de l'opération que de ses avantages incontestables. Toutefois, après avoir ainsi mis en balance le pronostic de l'opération et le pronostic de la maladie, il ne doit pas, croyons-nous, hésiter à conclure que le premier est de beaucoup le moins sombre ; les dangers inhérents à l'opération à froid seront toujours moins graves que ceux qui relèvent soit d'une nouvelle attaque, soit d'une opération d'urgence à ce moment.

Vu par le Président de la thèse
BERGER.

Vu par le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

